

A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DEPENDENTE NOS CAPS ad: problematizando as práticas de cuidado dos usuários de álcool e outras drogas

THE PRODUCTION OF DEPENDENT SUBJECTIVITY IN THE CAPSAD: problematizing the care practices of alcohol and other drug users

Andressa Estauber

Psicóloga

E-mail: dessa_estauber@hotmail.com

Cristian Fabiano Guimarães

Doutor em Psicologia Social e Institucional

E-mail: crisfabianog@gmail.com

Resumo

O objetivo deste trabalho é compreender quais processos de subjetivação se produzem com a utilização das técnicas para o tratamento da pessoa usuária de álcool e outras drogas nos CAPS ad, a fim de problematizá-los. Através da leitura esquizoanalítica dos modos de subjetivação dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas propomos enxergar o sujeito com potencialidades e não somente através da identidade dependente. A estratégia de pesquisa escolhida foi a cartografia, tendo em vista que ela permite acompanhar a composição/decomposição dos processos de subjetivação, as formas de captura e ruptura dos territórios existenciais.

Palavras-chave: Esquizoanálise; Coletivo; CAPS ad; Substâncias Psicoativas.

Abstract

The objective of this study is to understand which processes of subjectivation are produced with the use of techniques for the treatment of the person who uses alcohol and other drugs in CAPS ad, to problematize them. Through the schizoanalytic reading of the relation of the subjects with psychoactive substances we propose to see the subject with potentialities and not only through the dependent identity. The chosen research strategy was cartography, since it allows to follow the composition / decomposition of the processes of subjectivation, the forms of capture and rupture of the existential territories.

Key words: Schizoanalysis; Collective; CAPS ad; Psychoactive Substances.

Introdução

A fragilidade humana se articula a uma sociedade de consumo, à busca do prazer a qualquer preço, à tentativa de paralisar os medos, os problemas e as angústias. Procuramos mascarar a realidade dura e crua de estar vivo, porque não suportamos a morte, porque a vida é efêmera, porque não suportamos a finitude da vida. Estamos sempre em busca de diminuir o sofrimento, satisfazer o desejo, preencher o vazio.

O consumo de substâncias que alteram a consciência ou o comportamento, é algo que existe desde os primórdios da humanidade. Porém, a proibição de tais substâncias, que na atualidade chamamos drogas ou substância psicoativa, é um fenômeno que passa a ocorrer a partir do século XX. Entretanto, observamos que práticas proibicionistas para estimular a abstinência não têm funcionado de forma satisfatória.

Atualmente, o consumo de substâncias psicoativas é considerado um grave e complexo problema de saúde pública. Discutir a dependência química significa problematizar a forma como o processo de saúde e doença é entendido, levando em consideração as estratégias de intervenções terapêuticas estabelecidas e os modelos que contribuem para uma compreensão mais profunda do problema.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) surgem para romper com a lógica antimanicomial, no que diz respeito ao atendimento a pacientes com transtornos relativos

ao uso abusivo de álcool e outras drogas, mas ainda assim, não atuam da forma que deveriam, pois na maioria das vezes, oferecem apenas serviços ambulatoriais. Muitos profissionais ainda atuam na perspectiva do modelo biomédico, dificultando a implementação de uma nova mentalidade com a articulação da rede de atendimento.

Conforme aponta Bezerra Jr., o trabalho nos CAPS, algumas vezes pode ser burocrático e reproduzir a “lógica do despacho”, com encaminhamentos automáticos para outros serviços. De acordo com o autor, isto ocorre devido à sobrecarga dos profissionais, superlotação dos serviços, dificuldade de funcionamento das equipes, evasão dos médicos e etc., acarretando na fragmentação do cuidado e no estabelecimento de novos processos de cronificação¹.

Neste estudo, tem-se a intenção de pedir ajuda ao pensamento esquizoanalítico, buscando problematizar os modos de se relacionar com a substância. Quando falamos numa clínica com a leitura "esquizo", estamos propondo que não se olhe tanto para o diagnóstico, pois o mesmo gera estigma, produzindo o que chamamos de uma identidade dependente.

Propomos que a clínica tenha foco nos processos de captura e ruptura, entendendo a dinâmica do sujeito e as relações que ocorrem para a produção da subjetividade do sujeito. Prestando atenção aos processos subjetivos que capturam a subjetividade ou que colocam a possibilidade de singularização, analisaremos as linhas que compõem esses territórios existenciais de usuários de álcool e outras drogas.

Percebe-se que o sintoma da dependência tem a ver com a impossibilidade de os sujeitos produzirem rupturas, pois eles congelam nas molaridades. É preciso escutar e entender suas vidas, olhando-as a partir de seus olhos, para que seja possível entender onde estão os pontos de captura e quais rupturas são possíveis de se produzir. Encontrar esses pontos se faz importante, para ajudar a perceber quais são os modos de subjetivação que os capturam na identidade dependente.

Com isso, pretendemos contribuir com a problematização dos modos de cuidar no campo da saúde, assim como olhar para os territórios de práticas na área da dependência química que capturam a subjetividade das pessoas, que

tendem a reproduzir um modelo manicomial. A partir da experiência de trabalho em um CAPSAd, tomaremos algumas práticas que se produzem no cenário de tratamento da dependência química para entender o que elas produzem e quais seus efeitos sobre o desejo.

O objetivo é a construção de uma clínica com abertura para a experimentação de outros modos de vida. A potência da esquizoanálise está justamente em evidenciar como essas práticas compõem modos de subjetivação, permitindo analisar a questão sob outros pontos de vista. Não se trata de constituir uma nova abordagem; O que propomos é o exercício do pensar sobre, pensar de uma maneira diferente.

Desinstitucionalização do usuário de álcool e outras drogas

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um processo que se estendeu pelos anos 1980 e 1990, culminando nos anos 2000 com a promulgação da Lei de Saúde Mental. Através da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, intitulada Lei Paulo Delgado, foi possível viabilizar formas mais humanizadas e serviços que se distanciam de velhas práticas realizadas anteriormente no campo da saúde mental².

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é fruto do trabalho do movimento social, inicialmente de trabalhadores da saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial.

Também conhecido como processo de desinstitucionalização da loucura, a Reforma é um processo que está sempre em andamento. Muito mais do que a mudança da legislação, uma outra mentalidade acerca das políticas de saúde mental se constrói com a participação dos profissionais da saúde, familiares e os sujeitos com transtornos psiquiátricos.

Com a Reforma Psiquiátrica, se criam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços que fazem parte da democratização do acesso

à saúde mental, organizados em CAPS i, voltado para o atendimento de crianças e adolescentes; CAPS I, II e III, para o atendimento de adultos; e CAPS ad, para pacientes que fazem uso de álcool e outras drogas.

Atualmente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atuam com uma complexidade de serviços prestados e uma amplitude de atuação – tanto no território onde se encontram, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental. Um dos principais avanços da Lei de Saúde Mental é a discussão sobre a internação de pacientes psiquiátricos e de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, pois o modelo atual substitui a prática asilar por serviços centrados na inserção social^{2:06}.

Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Através de sua estrutura física buscam criar condições que possibilitem o tratamento de pessoas com problemas mentais, assim como àqueles que fazem uso abusivo de substâncias, atuando a partir da lógica de inserção comunitária, resgatando vínculos e criando condições para a promoção da saúde.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), portanto, é um serviço de saúde aberto e comunitário que compõe os serviços de saúde mental do SUS. É local de referência para pacientes com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, dependência química, entre outros quadros que necessitem de cuidado contínuo e personalizado.

Entre os principais objetivos do CAPS estão oferecer atendimento diário; prestar atendimento através de Projeto Terapêutico, oferecendo cuidado personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais, englobando campos como a educação, trabalho, esporte, cultura e lazer; dar suporte a programas da Atenção Básica; regular a porta de entrada da assistência em saúde mental; auxiliar na coordenação das atividades que envolvam unidades hospitalares com leitos psiquiátricos que atuem em seu território. Ou seja, os CAPS têm o papel de organizar a rede de serviços em saúde mental no território do qual fazem parte^{2:06}.

As práticas realizadas pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

devem ultrapassar as paredes de sua estrutura física. Geralmente, ocorrem em espaços abertos, inserindo-se no bairro, potencializando a participação do sujeito através de sua singularidade e história de vida no ambiente no qual o sujeito com sofrimento psíquico habita.

Criados a partir de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial que atendem pacientes com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, denominados como CAPS ad, atuam para acolher e fazer o tratamento destes sujeitos. O CAPS ad possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva para o tratamento de desintoxicação, se constituindo como um local de cuidado e reinserção social.

O desenvolvimento de estratégias e de novos serviços substitutivos em saúde mental demonstra um progresso da política no Sistema Único de Saúde. Porém não significa que se tenha hoje uma situação adequada no tratamento desses usuários. Do ponto de vista da melhoria da atenção, ainda é necessário discutir as práticas e as políticas voltadas à saúde mental no contexto da dependência química.

Os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não necessitem de atenção clínica hospitalar^{2:24}.

Os serviços também atuam de forma preventiva através de planejamento, implantação e implementação de atividades que tenham como objetivo a redução de fatores de risco e proteção, assim como práticas de inserção comunitária. De acordo com o Ministério da Saúde, o planejamento terapêutico deve ser realizado de forma individualizada e as intervenções de forma contínua, apoiando práticas comunitárias, sendo que a internação em leitos nos hospitais gerais deve ser destinada a casos específicos.

Um outro modelo de práticas em saúde mental contribui para uma percepção diferente sobre questão do uso de drogas, permitindo uma outra discussão, que vai além das intervenções judiciais, como algo que será punido com a negação

da liberdade, por exemplo. Trata-la através da proibição, impede de debater o assunto, de olhar o sujeito que faz uso de drogas para além do viciado ou do dependente. Ao tratar a questão das drogas pela via da proibição, caímos novamente na lógica da higienização, onde as pessoas que fazem uso de substâncias, devem ser banidas da sociedade, através da cadeia, da internação nos hospitais psiquiátricos ou das clínicas de reabilitação com forte pregação religiosa e com pouco controle do estado.

Droga pode ser definida como qualquer substância química capaz de modificar o funcionamento orgânico, podendo ser medicinal ou nociva. Há também a definição de droga psicoativa, que se entende como qualquer substância química que atua sobre o cérebro, alterando a maneira de sentir, de pensar e agir do sujeito.

Desde há muito tempo as drogas têm acompanhado a humanidade, sendo consumidas em diferentes contextos, de diferentes formas e com diferentes objetivos. Ao longo do tempo, foi-se construindo diversas percepções sobre o consumo de drogas, marcadas de acordo com a época e a cultura. Atualmente, o debate acerca das drogas é polêmico e as opiniões variam conforme o ponto de vista, assumindo diferentes significados quando analisados à luz de enfoques diferentes. Pode ser analisada pelo enfoque científico e pelo enfoque socioculturais, sempre atravessados pelas perspectivas e construções que resultam em diferentes interpretações.

A dependência química precisa ser pensada para além das práticas de judicialização, enquanto um problema de saúde coletiva, que vai ao encontro das políticas antidrogas, atuando na defesa dos direitos da pessoa usuária de drogas, através do acesso ao cuidado qualificado e integral². É preciso pensar a partir do modelo biopsicossocial, que considera o ser humano de forma integral, dotado de subjetividade, de saberes e fazeres próprios, ativo no processo saúde/doença, ressaltando a necessidade de rompimento com o modelo cartesiano ainda predominante na saúde³.

Um exemplo de prática que coloca em ato o modelo biopsicossocial é a Redução de Danos. Trata-se de uma estratégia relativamente nova e que gera muito debate, porém sua implantação

no campo da saúde surge para auxiliar no reconhecimento efetivo da cidadania dos usuários e da oferta dos serviços de saúde com equidade e respeito às diferenças e ao direito de escolha⁴. De acordo com Silva⁵, um redutor de danos significa um trabalho no sentido da capacidade de criar vínculos, de realizar uma boa escuta referindo-se à habilidade de saber se aproximar das pessoas, tratá-las bem, escutá-las e não as perceber como perigosas, por exemplo.

No livro *Outras Palavras no Cuidado de Pessoas que Usam Drogas*⁵ encontramos o relato de Flávia Costa da Silva (responsável pela implantação e implementação do Programa de Redução de Danos e da Política Municipal em HIV/Aids da Secretaria de Saúde de Santa Maria/RS), sobre sua inserção em campo: “durante o trabalho de campo, ao encontrarmos pessoas que usavam drogas, ao invés de focar na substância, o que nos interessava era escutá-las, conversar com elas. O fazer em campo nos possibilitou o estabelecimento de relações com pessoas que não correspondiam aos estereótipos de drogado, violento ou marginal. Conhecemos pais e mães de família que desempenhavam seus papéis familiares e sociais, tranquilamente. O uso de drogas para várias dessas pessoas se caracterizava como uma prática ligada ao prazer, ao programa do final de semana”^{5:10}.

A análise da política de saúde mental e a necessidade de compor novas formas de cuidado mostram que é fundamental construir espaços de experimentação, onde o sujeito possa de fato viver outras possibilidades para vida dele, pensar outras coisas, propondo, portanto, uma nova clínica, um novo olhar sobre as subjetividades. O trabalho consiste em criar linhas de fuga capazes de romper com o que está cristalizado. Para tanto, é preciso analisar as práticas utilizadas no atual cenário de políticas de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), problematizando as mesmas, a fim de compreender os limites que tais práticas podem vir a impor o cuidado e a elaboração de planos terapêuticos singulares.

Produção de subjetividade e a esquizoanálise

Neste tópico, procuraremos entender quais processos de subjetivação se produzem

com a utilização das técnicas para o tratamento da pessoa usuária de álcool e outras drogas em muitos CAPSAd atualmente, a fim de problematizá-los. Convém questionar se ao utilizar técnicas terapêuticas que capturam o sujeito na identidade dependente, os mesmos não ficariam aprisionados em padrões de comportamentos socialmente aceitos, deixando de lado qualquer possibilidade de singularização para além da etiqueta de “dependente químico”.

Chamamos de identidade dependente os rótulos e padrões que funcionam no sentido de marcar cada sujeito e definir para ele uma trajetória estável e controlada, obrigando-o a assumir modos de ser definitivos. O rótulo “dependente químico” é fruto da produção de subjetividade capitalista, normalizada e homogênea. De acordo com Guattari e Rolnik,

[...] o tempo todo e de todos os lados a investir a poderosa fábrica de subjetividade serializada, produtora destes homens que somos. (...) Muitas vezes não há outra saída. (...) por medo da marginalização na qual corremos o risco de ser confinados – quando ousamos criar qualquer território singular, isto é, independente de serializações subjetivas; por medo de essa marginalização chegar a comprometer até a própria possibilidade de sobrevivência (um risco real).

6:109

A cartografia da clínica “psi” nos CAPSAd tem sugerido que abordagens padrão se repetem no cotidiano de trabalho, obrigando os sujeitos a se dobrarem a um processo de subjetivação que segrega os usuários de substâncias, infantiliza e culpabiliza os indivíduos. A segregação está diretamente ligada à culpabilização, ela é uma forma de manter a ordem social segundo quadros de referência imaginários, funcionando de forma manipulatória através do estabelecimento, mesmo que imaginário, de sistemas hierárquicos⁶.

A internação compulsória de usuários de crack é uma forma de segregação. Trata-se de uma violência empregada em nome da cultura

higienista, que retira a liberdade do indivíduo, sem que ocorra um processo legal ou mesmo a tomada de decisão do próprio indivíduo. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o tratamento não voluntário não é eficaz, porque não conta com o desejo pessoal do sujeito pela interrupção do uso da substância⁷.

As políticas antidrogas se reproduzem através dos conceitos de vulnerabilidade e individualização, apontando para a culpabilização dos sujeitos, pois consideram que os mesmos são livres e responsáveis por suas escolhas. Essa lógica opera seguindo a produção de subjetividade capitalística, que propõe sempre uma imagem de referência que deve ser seguida⁶. Portanto, segundo essa lógica, o sujeito possui livre-arbítrio para optar pelo uso de drogas e, ao escolher usar, ele precisa ser internado em regime fechado e sofrer intervenções que agenciam a culpa e a vergonha, desconsiderando-o como um sujeito de direitos. A infantilização também faz parte da linha de montagem no processo de produção da subjetividade capitalística. Segundo esse agenciamento, tudo que se pensa ou se faz é “interceptado” pelo estado, que passa a gerir a vida da população fazendo o controle da imaginação. Muitas vezes nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), observamos a infantilização dos usuários, que pode aparecer através dos familiares, quando o sujeito é isolado dentro do sistema familiar, sendo assim impedido de tomar as próprias decisões, seguindo a crença de o sujeito é incapaz de se cuidar e de crescer, fixando-o cada vez mais na identidade dependente. Mas pode aparecer também se observarmos o modo como as equipes tratam os usuários, através de ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ou até mesmo utilizando uma linguagem que acaba por diminuir o sujeito, com uso de palavras no diminutivo ou tom de voz semelhante ao tom usado com crianças.

De acordo com Guattari & Rolnik, “(...) pensam por nós, organizam por nós a produção e a vida social. Além disso, consideram que tudo o que tem a ver com coisas extraordinárias – como o fato de falar e viver, o fato de ter que envelhecer, de ter que morrer – não deve perturbar nossa harmonia no local de trabalho e nos postos de controle social que ocupamos, a começar pelo controle social que exercemos sobre nós mesmos”⁶. Processos de

subjetivação referem-se a fenômenos psicológicos que ocorrem a partir daquilo que é produzido socialmente através da interação do sujeito e o coletivo. O lucro capitalista é fundamentalmente, produção de poder subjetivo⁶. Nos serviços de saúde, muitas vezes o foco na medicalização da vida e dos sujeitos, seja pela via do diagnóstico ou pela via do medicamento, faz a máquina do consumo operar.

Ao tratarmos a dependência química, muitas vezes nos damos conta de que o sujeito não consegue pensar na relação dele com o mundo e em outras potencialidades que ele pode desenvolver, ele está conectado diretamente com a substância a qual depende. O tratamento desses sujeitos precisa ser baseado em sua capacidade de encontrar espaços para que ele possa pensar essa relação com o mundo. Ao atingir isso, ele não se vê exclusivamente como um dependente químico, mas como alguém que tem outras potências, tirando-o do papel de dependente.

A sociedade é marcada pela cultura a qual fazem parte, a vida é regrada a partir dos padrões estabelecidos pelo capitalismo. Na contemporaneidade, o capitalismo produz formas de que todos pensem ser livres e autônomos, responsáveis pelo próprio sucesso. Essa experiência de sermos sujeitos capazes de decisões, sentimentos e emoções privadas que se desenvolve, se aprofunda e se difunde é a subjetividade privatizada⁸. O resultado desse processo é devastador na vida das pessoas, encaminhando a sociedade para uma crise. Para Figueiredo e Santi, a subjetividade privatizada entra em crise quando se descobre que a liberdade e a diferença são, em grande medida, ilusões, quando se descobre a presença forte, mas sempre disfarçada, das disciplinas em todas as esferas da vida, inclusive nas mais íntimas e profundas⁸.

No CAPS ad, percebemos a reprodução dessa lógica em algumas abordagens de tratamento da dependência química. São práticas que visam fixar o indivíduo em sua identidade dependente, com a reprodução de discursos do tipo: “você é um escravo da droga”; “você é uma pessoa doente” etc. Ou até mesmo reprodução de técnicas focadas na mudança de comportamento, trabalhando com a ideia de que o paciente tem autonomia e condições de se auto cuidar.

Nos serviços nos quais a cultura o foco do

trabalho está na dependência química e não no sujeito, este último é visto como doente, sendo a doença o centro do problema; há pouca ou nenhuma consideração de sua existência enquanto subjetividade desejante (...) o alcoolismo e a toxicomania são considerados “doenças” para as quais deve ser buscada a cura dentro da lógica biomédica sintomatológica.

Por outro lado, pode-se construir alternativas de experimentação de outras subjetividades, através de processos que tenham como foco a inserção social, as experiências coletivas. Neste sentido, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool de Outras Drogas (CAPS ad) pode exercer essa função importante, abrindo espaço para que os sujeitos usuários de álcool e outras drogas escrevam sua história enquanto múltiplas possibilidades, não somente a história já conhecida do objeto “dependência química” ou da marginalização, contribuindo para que através de uma clínica da experimentação, novas singularidades possam ganhar existência. Trata-se de fazer o território da dependência perder sentido, a fim de que outras composições de existência se efetuem.

A esquizoanálise é um saber que possibilita abrir espaços para que o sujeito mude a sua relação com o uso das substâncias, onde interessa forjar uma cartografia – trabalho no território, portanto – propondo uma clínica que não olhe somente para o diagnóstico, pois o mesmo gera estigma, produzindo uma identidade dependente. Prestando atenção para aqueles elementos que capturam a subjetividade ou que colocam a possibilidade de singularização (resistência), o pensamento esquizoanalítico contribui para compreender as linhas que compõem os territórios existenciais.

A esquizoanálise é uma das correntes do Movimento Institucionalista, que consiste num processo de investigação, de produção de conhecimentos, tanto sobre a organização social, como política, econômica, da produção de subjetividade e dos agenciamentos maquínicos. Através da esquizoanálise podemos pensar intervenções clínicas analisando os modos de funcionamento instituídos, provocando-os, desestabilizando-os.

Quando falamos de um fazer na clínica com essa leitura, estamos propondo uma atuação com

uma perspectiva que não trabalha simplesmente com o diagnóstico. Propomos que essa clínica tenha foco nas capturas e nas rupturas que se produzem a partir de cada sujeito. Dando atenção a elementos que capturam a subjetividade ou a possibilidade de singularização, desencadeando a quebra dos modos habituais, desestabilizando formas instituídas, muitas vezes, percebidas como naturais^{9, 10, 11}. Neste sentido, quando se reproduzem práticas/intervenções em psicologia que segregam, infantilizam ou culpabilizam o sujeito, é da captura da subjetividade que estamos falando.

Trata-se de uma leitura que tem o objetivo de pensar a dinâmica das relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos que permeiam as formas tradicionais de trabalho na saúde. Em espaços como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAd), faz-se necessário a ruptura com antigos moldes e vícios ainda existentes, especialmente aquelas práticas terapêuticas que focam o modo dependente. Com o fortalecimento dos serviços de saúde mental de base territorial, criam-se outras possibilidades para enfrentar os desafios que se colocam no trabalho com usuários de álcool e outras drogas.

É preciso romper com discursos e práticas baseados no modelo biomédico, que atuam medicalizando e produzindo o assujeitamento dos usuários, cronificando o sujeito. Algumas velhas práticas, até hoje utilizadas, tendem a exercer o controle sobre os sujeitos e sua subjetividade, baseando-se na disciplina e no biopoder. Para Foucault, biopoder pode ser entendido como o conjunto de estratégias de controle e regulação sobre os fenômenos da vida. Através de investimentos dos saberes médicos sobre a vida que o biopoder opera, por exemplo. Essa narrativa emergiu no século XIX com a luta dos médicos em demonstrar a relevância do seu saber para toda a sociedade. Para isso, os médicos buscaram exercer seu poder em instituições como o asilo e hospitais¹². Segundo Foucault, a consolidação do biopoder se dá a partir do final do século XVIII, se aprofundando no século XX, através do poder médico, intervindo na população¹³.

Com Foucault também temos acesso ao conceito de sociedade disciplinar, que se apoia em temas como individualidade, normal ou anormal, sujeito perigoso e desviante, dando origem às

práticas de disciplina e vigilância. Essas práticas constituem modos de subjetivação e podem ser observados até hoje em instituições como a prisão, hospitais psiquiátricos, ou mesmo nos serviços de saúde mental de base territorial.

A sociedade disciplinar promoveu a construção da subjetividade, atuando através da manutenção da liberdade dos sujeitos e de sua disciplinarização. Porém, na contemporaneidade, ocorre a substituição da disciplina pelo controle. Gilles Deleuze, utilizou o conceito de biopoder de Foucault para articular a problemática do controle, estreitamente relacionada às formas contemporâneas de tecnologia^{14, 15, 16}.

De acordo com Deleuze, a crise das instituições e seus modelos de confinamento está dando lugar a novas formas de controle, que funcionam sem a necessidade do enclausuramento dos sujeitos, substituindo, assim, a disciplina. Deleuze aponta que estamos vivendo na sociedade de controle, que funciona não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea¹⁶.

As práticas em saúde mental também estão ancoradas nesta lógica, através das políticas de abstinência e da medicalização, estabelecendo relações de assujeitamento e controle. Para tanto, é preciso propor práticas apoiadas na singularização dos indivíduos, a fim de romper com as identidades que o poder disciplinar ou a sociedade de controle originam.

Assim, trabalhar com o referencial esquizoanalítico no CAPSAd contribui para produzir um deslocamento na identidade dependente, pois “o paciente aqui não é objeto de um saber ou de uma prática, mas sujeito em construção em um processo de individuação complexo, que se dá no interstício dos encontros. Abandona-se, assim, uma clínica centrada na personalidade e no sintoma individual, para dar lugar a processos de produção de saúde e de subjetividade, o que implica a inserção em processos de criação voltados para a construção de novas línguas, novos territórios, novos sentidos”¹⁷.

Para que isso seja possível deve ocorrer uma desconstrução do manicômio mental, termo criado por Peter Pál Pelbart, importante conceito utilizado para discutir a Reforma Psiquiátrica na atualidade¹⁵. Para Pelbart, é necessário sim, o

fim dos manicômios, mas igualmente o fim do manicômio mental, isto é, a garantia de um direito à desrazão. Para o autor, o direito à desrazão significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, da identidade ou da estrutura mental, devolvendo o direito de cidadania e do espaço público aos sujeitos invisíveis, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável¹⁵.

Trata-se de agenciar estratégias de resistências, pois as mesmas marcam rupturas nos modos identitários. Só será possível construir uma estratégia de resistência se uma ruptura se produzir. Para a esquizoanálise, a resistência significa possibilidade de se singularizar, de diferir, produzir uma diferença nos modos de subjetivação que estão colocados para o sujeito, que determinam o desejo. A esquizoanálise pensada por Deleuze e Guattari, propõe compor resistências aos modelos individualizantes da subjetividade, que a normalizaram através de verdades instituídas, controle e poder. A resistência traz o novo e provoca efeitos de toda sorte⁹.

A esquizoanálise se interessa em construir esse caminho junto com os indivíduos, apontando para o movimento de problematizar as molaridades para conseguir se conectar ao plano do molecular, se lançar ao desconhecido. Isso significa operar a desconstrução do território dependente, perguntando ao sujeito: “o que mais é possível?”. De acordo com Corrêa “aí estaria o trabalho que chamamos de analítico, aquele que não nega a molaridade dos modos de funcionamento, mas põe a funcionar outros modos, inventa fugas, penetra no plano molecular de constituição de outras formas. O singular emergiria, assim, do coletivo – multiplicidade, as identidades seriam convidadas ao mergulho na agitação das diferenças¹⁷.”

Neste sentido, o coletivo é visto como potência instituinte capaz de produzir novas realidades^{14, 15, 16}. É preciso entender o conceito de coletivo como algo processual na composição das singularidades. Portanto, na saúde, uma política do coletivo como expressão da potência se expressa como motor da resistência, do desejo e da constituição das subjetividades. No trabalho nos CAPS ad essa potência precisa ganhar espaço para que novas práticas adquiram consistência.

Deleuze, na obra Kafka – Por uma

literatura menor, traz o conceito de literatura menor, compreendida não apenas como obra literária (...) de uma língua menor, mas antes, a linguagem que uma minoria faz em uma língua maior¹⁸. Podemos utilizar este conceito para denominar certas práticas instituintes, que podem ser revolucionárias no seio de práticas tradicionais instituídas. São elas que forjam resistências. Assim, caberia perguntar: que práticas “menores” os CAPS ad podem instituir, a fim de romper com o circuito escravo do dependente?

Conceitos como território, desterritorialização e reterritorialização precisam estar presentes quando se pensa em práticas em saúde mental no campo da saúde coletiva. Território considerado em sua dimensão geográfica, social e subjetiva. Devem ser pensados em toda sua complexidade, enquanto processualidade na produção de subjetividades e do cuidado. Para pensar a organização e as ações desenvolvidas nos serviços substitutivos ao manicômio, é fundamental que possamos considerar as diferentes lógicas do território, seus recursos, suas potencialidades, suas linhas de captura e as possibilidades de ruptura.

De acordo com Deleuze e Guattari, o conceito de território sempre se relaciona com os processos de desterritorialização e reterritorialização. Segundo ele, o território só vale em relação a um movimento através do qual dele se sai (...) não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte. Se a identidade dependente é um território, é a possibilidade da fuga do mesmo que deve ser valorizada no trabalho com os usuários de álcool e outras drogas, para que os territórios existenciais desses usuários entrem em colapso, sejam subtraídos, produzam diferença¹⁶.

A experiência do sujeito com o uso/abuso de substâncias pode ser considerada como um processo de desterritorialização. Quando desterritorializado, o desejo está aberto para ser capturado, mas também para o aparecimento de resistências. O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga, sair de seu curso, para que uma nova singularidade se produza. A captura fixa o sujeito, sendo que esse mecanismo, muitas vezes, é colocado em prática pelas estratégias terapêuticas adotadas

pelos trabalhadores dos CAPS ad que sustentam o modo dependente; a ruptura, ao contrário, engendra uma linha de fuga, coloca as condições para o exercício da resistência que, no âmbito da relação do sujeito com substâncias psicoativas, significa a construção de novos sentidos para a sua existência.

Cartografia: processos de produção de afetos

O olhar cartográfico foi a estratégia de investigação adotada para avaliar a produção do CAPSad sobre a subjetividade dos usuários de álcool e outras drogas. No campo social, o trabalho de um cartógrafo está relacionado às estratégias de formação do desejo. Ao utilizar a cartografia como método, o pesquisador precisa estar atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe investigar^{19, 20, 21}.

O desejo é múltiplo e envolve uma série de conexões, o desejo não é produção de um indivíduo sozinho, ele não está dentro do indivíduo, ele é uma produção social. Produção desejante é produção social, a sociedade se produz e se move pela via do desejo, assim o sujeito se produz e se move concatenado à sociedade, enquanto ser desejante.

Através da cartografia é possível problematizar as relações, enfrentamentos e cruzamentos entre forças que compõem afetos, agenciamentos, jogos de verdade, jogos de objetivação e subjetivação, produções e estetizações de si mesmo, práticas de resistência e liberdade. Ao ser utilizada como estratégia, a cartografia auxiliou na desconstrução de modos de ser que insistem na identidade dependente nos serviços substitutivos de saúde mental, servindo como instrumento de resistência.

O método cartográfico, proposto por Deleuze e Guattari, foi guia na experimentação do trabalho com usuários de álcool e outras drogas nos CAPSad. Ela permitiu acompanhar composição de processos de subjetivação que infantilizam os usuários, perceber a produção de afetos que não favorecem a prática do cuidado em saúde mental, porque são geradores de dependência dos serviços e cronificação.

Através da cartografia conseguimos investigar/experimentar os processos de produção

do cuidado com pacientes atendidos em um CAPS ad. Propositivamente, a estratégia de investigação não foi apresentada no início do texto, pois a cartografia pressupõe apenas uma postura ética e implicada dos pesquisadores com o campo de estudo. Ao encontrar-se com a processualidade da produção do desejo, a cartografia vai delineando um traçado, que só pode ser contado depois. O ato de cartografar aqui proposto possibilitou o mapeamento de paisagens psicossociais dos CAPSad, e o mergulho na geografia dos afetos, da pessoa que faz uso de substâncias psicoativas, dos movimentos e das intensidades problematizando a prática do cuidado em saúde mental.

Reflexões finais

A intenção de problematizar os processos de subjetivação e as práticas dentro do Centro de Atenção Psicossocial ad (CAPS ad) teve o intuito de mostrar que a lógica manicomial acaba se reproduzindo de forma mais ou menos naturalizada na prática dos trabalhadores e do psicólogo, especialmente no que diz respeito à reprodução da dependência química, entendida como modo de subjetivação e fixação do sujeito na identidade dependente. Entretanto, outras experiências surgem no Sistema Único de Saúde (SUS) para quebrar essa tendência, como por exemplo, a redução de danos e o consultório de rua, que são práticas que superam a lógica manicomial de tratar a o usuário de álcool e outras drogas, oferecendo práticas diversas daquelas utilizadas no CAPS ad, mas que podem ser utilizadas como exemplo para problematizar o fazer tradicional desses estabelecimentos.

Faz-se necessário, portando, propor outras formas de cuidar, que não capturem os sujeitos em identidades fixas, como por exemplo, a identidade de paciente, de dependente químico, de viciado, de marginal. É preciso propor um plano de experimentação “menor” sustentado no coletivo e no território, porque somente assim poderemos trabalhar com a multiplicidade e com as diferenças de cada sujeito. O coletivo é uma potência instituinte, não uma forma instituída. Sua força está em ativar processos de desterritorialização, forjar novas singularizações, denunciar velhos processos de produção de subjetividades.

Os profissionais dos CAPS precisam atuar de

forma a valorizar a singularidade dos sujeitos. Práticas transformadoras que rompem com a lógica manicomial podem se concretizar através de atendimentos individuais, atendimentos em grupos, oficinas terapêuticas, atendimento aos familiares, reuniões semanais com as equipes de referência e os usuários, assembleia e visitas domiciliares. O planejamento destas ações deve se basear em um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que irá se adaptar a rotina de cada usuário, com a possibilidade de propor atividades que fogem das tradicionais. É possível realizar oficinas de arte, teatro, música, rodas de capoeira, despertando as potencialidades dos envolvidos, ou mesmo utilizar recursos existentes no território e na comunidade.

O Projeto Terapêutico Singular é a principal ferramenta de trabalho na atenção psicossocial. É através do PTS que os profissionais, de forma integrada, constroem a melhor forma de atendimento de acordo com as singularidades de cada sujeito, assim como sua participação, estimulando a construção da autonomia dos usuários, contemplando todos os aspectos biopsicossociais. O trabalho realizado permite que os profissionais atuem mais próximo das comunidades, das famílias e dos estabelecimentos que compõe a rede na qual o usuário está inserido. Neste contexto, a saúde mental abandona a lógica da doença e atua nas possibilidades de vida, de criação, prestando assistência integral e não apenas com foco na abstinência.

Referências

- ¹Bezerra Júnior B. O cuidado no CAPS: os novos desafios. *Academus Rev Cienc Saúde*. 2004, 3(4),
- ²Brasil. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- ³Pratta EMM et al. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psic: Teor e pesq*, Brasília, 2009, 25(2), 203-211.
- ⁴Forteski R, Faria JG. Estratégias de Redução de Danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. *Rev Saúde Públ Santa Catarina*, Florianópolis, 2013, 6(2), 78-91.
- ⁵Silva FC. Redução de Danos: campo de possibilidade para práticas não proibicionista em saúde. Santos LMB, organizador. *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.
- ⁶Guattari, F., & Rolnik, S. (1999). *Micropolítica: Cartografias do desejo* (5a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Originalmente publicado em 1986).
- ⁷Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012.
- ⁸Figueiredo LCM, Santi PL. *Psicologia uma (nova) introdução*. São Paulo: EDUC, 2004.
- ⁹Guimarães CF. *O coletivo na saúde*. Porto Alegre: Rede Unidas, 2016.
- ¹⁰GUIMARÃES, CF & SILVA, RAN da. Devires e intensidades do coletivo na Saúde Coletiva. *Physis [online]*. 2016, vol.26, n.3, pp.939-959.

Considerando que o uso abusivo de álcool e outras drogas está diretamente relacionado com a subjetividade do sujeito, é possível afirmar que tratamentos baseados na redução do consumo e minimização de danos são mais eficientes quando comparados a práticas que se apoiam na abstinência. Estas últimas se utilizam de discursos morais, sustentados pela lógica higienista, que não levam em conta a liberdade de escolha e, portanto, não são produtoras de saúde.

A atenção psicossocial no atendimento à pessoa que faz uso abusivo de drogas funciona a partir de fatores como criatividade, motivação e protagonismo. A abertura de espaços que permitam a troca de saberes e o diálogo, contribui para a valorização do usuário, pois cria condições para o mesmo se tornar protagonista em seu tratamento e em sua vida, modificando sua relação com a substância. Um encontro produtivo pressupõe a troca de saberes, a interlocução ocorre a partir do envolvimento, da troca de afetos na relação com o sujeito. Afetos não são apenas sentimentos, são devires que transbordam aquele que passa por eles (tornando-se outro).

Nesta lógica, sustentar uma clínica que valoriza a experimentação favorece a criação de sentidos, trabalhando com a subjetividade dos sujeitos, a fim de tirá-lo da condição de doente, de marginalizado, criando condições para a autonomia sobre a sua própria vida e responsabilidade sobre suas escolhas.

- ¹¹GUIMARÃES, CF & SILVA, RAN da. Notas para a problematização do coletivo no campo da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.3, pp.913-924.
- ¹²Dias RM. Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos. 2008. 158 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008.
- ¹³Foucault M. *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- ¹⁴Chevitarese L, Pedro RMR. Da sociedade disciplinar à sociedade de controle. *Estudos de Sociologia. Rev do Prog de Pós-Grad em Sociol da UFPE, Recife*, 2014, 8(12), 129-162.
- ¹⁵Pélibart PP. *Manicômio mental – A outra face da clausura*. Lancetti A, editor. *Saúde Loucura 2: Saúde Mental e Saúde da Família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 131-138.
- ¹⁶Deleuze G. *Controle e devir*. In: *Conversações*. 34. ed. Rio de Janeiro, 1992.
- ¹⁷Corrêa SL. *Esquizoanálise: clínica e subjetividade*. Aves do Avesso, Araçatuba, 2006, 4(4), 33 – 51.
- ¹⁸Deleuze G, Guattari F. *Kafka – Por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: IMAGO Editora LTDA, 1977.
- ¹⁹Rolnik S. *Cartografia Sentimental. Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.
- ²⁰Filho KP, Teti MM. A cartografia como método para as Ciências Humanas e Sociais. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*, 2013, 38, 45-59.
- ²¹Matines WRV, Machado A, Colvero LA. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Tempus Actas de Saúde Col, São Paulo*, 2013, 7(2), 203-211.